



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده
پرستاری و مامایی

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

عنوان طرح تحقیقاتی:

ارتباط سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال 1395

چکیده پژوهش:

زمینه: امروزه بحث خاتمه حیات، یکی از ده چالش عمده اخلاقی در حیطه طب و علوم بهداشتی محسوب می شود. که در این میان بحث آتانازی یکی از بحث انگیزترین آن هاست. با توجه به نقش مهم پرستاران و نگرش آن ها به عنوان نخستین مراقبت کنندگان دریافت کننده این درخواست ، و رابطه این نگرش با سلامت معنوی آن ها مطالعه حاضر طراحی گردید.

هدف: هدف از انجام این مطالعه تعیین ارتباط سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال 1395 می باشد.

روش ها: این مطالعه از نوع اپیدمیولوژیک تحلیلی به روش نمونه گیری در دسترس بر 302 پرستار شاغل در محیط پژوهشی بخش های بیمارستان های آموزشی بوعلی سینا و ولایت که معیار ورود را داشتند انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس پذیرش و نگرش به آتانازی و پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولتیزین و الیسون بود. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، با استفاده از شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار (برای متغیرهای کمی پیوسته مانند سن) و از تعداد و درصد (برای متغیرهای کیفی / اسمی مانند جنس) بررسی شد. برای بررسی ارتباط میان سطح سلامت معنوی و نگرش به آتانازی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

نتایج:

در مجموع ۳۰۲ پرستار در مطالعه حاضر شرکت نمودند که ۱۶۵ نفر از بیمارستان بوعلی و مابقی از بیمارستان ولایت بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ۳۱/۱ سال با انحراف معیار ۵/۹ سال بود. از این تعداد ۱۳/۲ درصد مرد و ۸۶/۸ درصد زن بودند. اکثر پرستاران شرکت کننده در مطالعه ۲۱۲ نفر متأهل بودند. ۲۴۷ نفر وضعیت مالی متوسط را انتخاب نموده و هشتاد و درصد از شرکت کنندگان را پرستاران بومی تشکیل می دادند. از نظر مذهب، ۹۷/۴ درصد از شرکت کنندگان شیعه و مابقی سنی بودند. از نظر ارتباط با دین و مسائل دینی، ۶۱/۳ درصد ارتباط خود با دین را خوب، ۳۴/۸ درصد متوسط و ۴ درصد نیز بد گزارش نمودند. در رابطه با بخش کار، بیشترین شرکت کنندگان را پرستاران بخش ای سی یو تشکیل می داد. از نظر دانشگاه محل تحصیل، ۱۶۸ نفر در دانشگاه های دولتی و مابقی در دانشگاه آزاد تحصیل نموده بودند. میانگین کل نمره ی آتانازی ۶۶/۶٪ (در مردان ۶۶/۲٪ در زنان ۳۱/۱٪) گزارش شده است. در بخش بدهای مختلف آتانازی میانگین نمره در زیرمجموعه ی ملاحظات اخلاقی ۳۵/۱٪، ملاحظات عملی ۸/۷٪، ارج نهادن به زندگی ۱۵/۳٪، مجموعه ی باورهای طبیعت گرایانه ۶/۳٪ می باشد. نتایج نشان داد که میانگین کل سلامت معنوی در بین پرستاران مرد ۷۵/۷ با انحراف معیار ۹/۴ و در بین پرستاران زن ۷۵/۸ با انحراف معیار ۸/۸ بود. اگرچه سلامت معنوی پرستاران مرد بیشتر از پرستاران زن بود ولی از نظر آماری، اختلاف معنادار نبود ($p=0/958$). در این مطالعه برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش به آتانازی در پرستاران از آزمون پیرسون استفاده شد که براساس این آزمون، ارتباط آماری معناداری بین سلامت معنوی و نگرش به آتانازی دیده نشد ($p=0/09$).

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه ما نشان داد که میانگین نمره آتانازی و سلامت معنوی در پرستاران بیمارستان های آموزشی قزوین در سطح قابل قبول می باشد، ولی بر اساس تحلیل آماری ارتباط معناداری بین این دو متغیر وجود ندارد. این موضوع نشان می دهد که باید توجه بیشتری به تقویت ارتباطات بعد معنویت و سلامت معنوی با نگرش به آتانازی داشت.

کلید واژه ها: سلامت معنوی، آتانازی، پرستار

مجری/مجریان طرح:
مجتبی سنمار - حسین رفیعی

همکاران طرح:
نوشین الیکایی - راضیه علیپور - فاطمه یوسفی

تاریخ تصویب طرح:
تاریخ پایان طرح:

کد طرح:

مجریان طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی و درجه علمی	آدرس و تلفن تماس	کد ملی	امضاء
۱	حسین رفیعی	کارشناسی ارشد پرستاری ویژه- عضو هیئت علمی	دانشکده پرستاری مامایی قزوین		
۲	مجتبی سنمار	دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری ویژه	دانشکده پرستاری مامایی قزوین	۵۵۹۹۹۱۶۸۰۴	

مسئول اجرای طرح: مجتبی سنمار - حسین رفیعی

فهرست عناوین (با شماره گذاری صفحات و فهرست نمودار ها و جداول)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	چکیده پژوهش.....
۳	فهرست مطالب.....
۶	فصل اول
۷	بیان مسئله و اهمیت پژوهش.....
۱۳	محدودیت‌ها و مشکلات اجرایی پژوهش.....
۱۳	تعریف واژه‌ها.....
۱۵	فصل دوم
۱۶	اهداف پژوهش.....
۱۶	سؤالات پژوهش.....
۱۶	فرضیات پژوهش.....
۱۸	فصل سوم
۱۹	نوع مطالعه.....
۱۹	جمعیت مورد مطالعه.....
۱۹	حجم نمونه و روش نمونه‌گیری.....
۱۹	معیارهای قابل قبول.....
۱۹	مکان و زمان انجام مطالعه.....
۲۰	متغیرهای تحقیق.....
۲۱	روش گردآوری داده‌ها و روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها.....
۲۳	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۲۰	ملاحظات اخلاقی.....
	فصل چهارم
۲۵	نتایج.....

فصل پنجم

تفسیر یافته‌ها..... ۳۰

بحث و نتیجه‌گیری..... ۳۲

پیشنهادهات..... ۳۲

فهرست منابع..... ۳۳

پیوست‌ها..... ۳۳

چکیده انگلیسی..... ۴۲

به نام خداوند مهربان

فصل اول

بیماری از جمله چالش‌هایی است که امروزه بر سر راه افراد قرار می‌گیرد (۱). به طوری که طیف وسیعی از مردم قربانی بیماری‌های نوظهوری همچون ناراحتی قلبی، سرطان، ایدز، دیابت و ... می‌شوند (۲). این در حالی است که رشد و پیشرفت تکنولوژی در سیستم بهداشت و درمان سبب طولانی‌تر شدن حیات شده (۳) و با افزایش کیفیت مراقبت‌های درمانی و ارتقا سطح رفاه اجتماعی روزبه‌روز بر تعداد بیمارانی که در مراحل انتهایی بیماری‌های مزمن قرار دارند، افزوده می‌شود (۴). در این میان یکی از بزرگترین گروه‌های حرفه بهداشت و درمان که نقش مهمی در مراقبت از بیماران پایان عمر ایفا می‌کنند، پرستاران می‌باشند (۳).

پرستاران با هدف فراهم کردن بهترین مراقبت برای بیماران (۵)، به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات سلامت در کشورها (۶)، از طریق داشتن مسئولیت مراقبت کل‌نگر از بیماران، می‌توانند به حفظ سلامت بیماران کمک کنند (۷)، چراکه هدف پرستاری پیشگیری از بیماری، ارتقاء و حفظ سلامتی است (۸). از سوی دیگر پرستاران به دلیل دیدگاه بیمار محور، تجربیات و مهارت‌هایشان در مراقبت از بیماران در حال مرگ، نقش مهمی در ارائه مراقبت انتهایی بیماران (۹) و همچنین نقش محوری در مراقبت افراد در پایان زندگی دارند (۱۰). آنها علاوه بر چالش‌های اخلاقی مکرر در کار (۱۰)، با عوامل استرس‌زای حرفه‌ای متعدد که می‌تواند سلامت روانی و جسمانی آنها را به خطر بیندازد، روبرو هستند (۱۱)، چراکه علاوه بر چالش‌های زیاد به دنبال مراقبت از بیماران در مراحل انتهایی بیماری‌های مزمن (۴)، به طور عمده با مسائل انتهای زندگی به عنوان حامی عاطفی و تسلی دهنده سر و کار دارند (۱۲). در این میان یکی از پدیده‌هایی که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه‌های حرفه‌ای مراقبت سلامتی (۱۳) به طور مکرر با آن روبرو هستند، پدیده مرگ می‌باشد (۳).

مطابق با آیات قرآن مجید؛ انسان به گونه‌ای در کمال خلق شده است که خالق یکتا پس از خلقت وی بر خود آفرین گفته است: «ثم انشأنا خلقا آخر، فتبارک الله احسن الخالقین»؛ «پس از آن خلقی دیگر انشاء نمودیم، آفرین بر قدرت کامل بهترین آفریدگان». اما همین انسان که خداوند متعال به او مقامی ممتاز عطا نموده و بر خلقت وی آفرین گفته است؛ در نهایت فانی بوده و سرنوشتی به جز مرگ در انتظار او نیست؛ «کل نفس ذائقة الموت»؛ «هر نفسی طعم مرگ را خواهد چشید» (۱۴). مرگ یکی از پیچیده‌ترین موضوعاتی است که بشر از ابتدای خلقت با آن مواجه بوده و هست و همواره در مقابل آن اظهار عجز و ناتوانی می‌کند (۱۵). در حال حاضر بواسطه پیشرفت‌های اخیر در پزشکی و تکنولوژی وابسته به آن مفهوم مرگ نه تنها در فرهنگ غرب بلکه در فرهنگ شرق نیز تغییر کرده است (۲)، چراکه با استفاده از تکنولوژی در مسائل پزشکی کجا مردن و بخصوص چگونه مردن در سال‌های اخیر اهمیت فوق العاده‌ای پیدا کرده است (۲). از این‌رو امروزه بحث خاتمه حیات یکی از ده چالش عمده اخلاقی در حیطه طب و علوم بهداشتی

محسوب می‌شود (۱۶). در این میان اتانازی یا پایان دادن آسان به زندگی یک بیمار پایانی، از بحث انگیزترین موضوع های اخلاقی پزشکی (۱۷) و مهمترین اصطلاحی است که در این زمینه مورد بحث قرار گرفته است (۱۸).

اتانازی یا همان مرگ از روی ترحم از ریشه واژه یونانی « eu » به معنای خوب یا آرام و « thanatos » به معنای مرگ گرفته شده است (۱۹). اتانازی یا مرگ خوب (۲۰)، قطع بی درد و رنج زندگی (۱۶)، مرگ آسان (۲۱)، خاتمه دادن عمدی و آسان به زندگی یک فرد با بیماری غیر قابل درمان، با رنج زیاد و بدون امید به بهبودی است (۱۹). به بیانی دیگر عملی است که به فرد کمک می‌کند تا مرگی آرام و فاقد رنج را تجربه کند (۲۰). از این رو فرضیه اتانازی در رابطه با بیماران لاعلاج، صعب‌العلاج و بیمارانی که دارای زندگی نباتی و کیفیت پایینی از زندگی هستند، مطرح می‌باشد (۲۲). که مرگ و میر ناشی از آن ۴/۰ درصد در ایتالیا، ۶/۰ درصد در دانمارک، ۲۷/۰ درصد سوئیس، ۷/۱ درصد در هلند گزارش شده است (۲۳). تعاریف و دسته بندی‌های مختلفی برای اتانازی در منابع متعدد ذکر شده است (۲۰). اما اتانازی عموماً به دو صورت فعال «با مفهوم زیربنایی کشتن» و غیرفعال «با مفهوم زیربنایی اجازه مردن دادن» صورت می‌گیرد (۱۹). در اتانازی فعال؛ بیمار از پزشک می‌خواهد که به زندگی وی خاتمه دهد و این کار با انجام یک «فعل» مثل تزریق داروی کشنده انجام می‌شود (۱۹). حال آنکه در اتانازی غیر فعال بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع شود، بدون آنکه فعالیت خاصی انجام شود (۱۹).

اتانازی فعال به سه صورت داوطلبانه، غیر داوطلبانه و اجباری می‌باشد (۲۰). اتانازی فعال داوطلبانه تزریق عامدانه دارو یا اقدامات دیگر است که منجر به مرگ بیمار می‌شود. که براساس تقاضای صریح بیمار و با رضایت کاملاً آگاهانه او انجام می‌شود (۲۰). در صورتی که در اتانازی فعال غیرداوطلبانه، بیمار یا صلاحیت قانونی تصمیم‌گیری را ندارد یا از لحاظ روانی قادر به درخواست صریح این عمل نیست. در کشورهای دارای قوانین انجام این نوع اتانازی معمولاً پزشک یا تیم پزشکی، کمیته ی اخلاق پزشکی و خانواده بیمار یا قاضی تصمیم‌گیری می‌نمایند (۲). سرانجام در اتانازی فعال اجباری بیمار دارای صلاحیت تصمیم‌گیری است ولی هیچ‌گونه درخواست صریحی برای انجام این عمل ندارد. این نوع اتانازی را تمام اخلاقیون مجاز نمی‌دانند و قتل محسوب می‌شود (۲). اتانازی غیر فعال نیز ممکن است بصورت داوطلبانه یا غیرداوطلبانه باشد (۲۴). منظور از اتانازی غیر فعال داوطلبانه این است که، فرد دارای ظرفیت تصمیم‌گیری درخواست پایان دادن به زندگی خود را با قطع درمان‌های حیاتی نگه‌دارنده داشته باشد، به عبارتی این نوع اتانازی عدم پذیرش درمان از سوی بیماران برای تسریع مرگ است (۲۴). اتانازی غیر فعال غیرداوطلبانه معمولاً در مورد بیمارانی بکار می‌رود که شرایط بسیار وخیمی دارند و پزشکان با اطمینان به اینکه درمان امکان‌پذیر نیست، یا درمان را قطع می‌کنند و بیمار را از مواد غذایی یا دارو محروم می‌کنند یا اگر مثلاً بیمار در سیر بیماریش دچار عفونتی شود درمانی برای عفونت او آغاز نمی‌شود (۲۰).

در این میان پرستاران اغلب به عنوان نخستین مراقبت کنندگان دریافت کننده درخواست اتانازی (۲۵)، به طور واضح درگیر پروسه اتانازی هستند (۱۳) و اعمالی چون اتانازی استرس های اخلاقی زیادی را به پرستاران وارد می کند (۳). از این رو نگرش پرستاران به اتانازی بدلیل تجربه درگیری نزدیک در مراقبت از بیماران در حال مرگ و نهایتا بدلیل نفوذ بر عملکرد و سیاست بهداشت و درمان از اهمیت ویژه جداگانه ای برخوردار است (۱۰). چرا که برای انجام اتانازی به حضور پرستار نیاز است (۵) و نگرش و دیدگاه پرستاران در مورد اتانازی اهمیت فراوانی دارد (۲۳)، حال آنکه به ندرت عقاید و نگرش پرستاران در نظر گرفته می شود (۲۳). از سوی دیگر عوامل بسیاری مانند قضاوت مذهبی، فرهنگی، منطقه ای، قانونی، سنت، سطح تحصیلات بر ماهیت نگرش در خصوص مراقبت و تصمیم گیری های پایان عمر تاثیر گذار است (۳). در این میان رابطه دین با اتانازی مستقل تر و قوی تر از هر عامل شخصیتی می باشد (۱۸) و شواهد زیادی از ارتباط دینداری با سطح حمایت از اتانازی وجود دارد (۲۶)، چراکه اعتقادات مذهبی می تواند نگرش به اتانازی را تحت تاثیر قرار داده (۹) و تعصب مذهبی با نگرش به اتانازی مرتبط است (۲۶). از این رو می توان گفت از مهمترین عوامل فرهنگی که به ارزش های انسانی رفتارها تجربیات و ساختار معنا می دهد، مذهب و معنویت است (۲۷).

معنویت بعدی از انسان است (۲۸) و توجه به بعد معنوی به عنوان بعدی در مرکز ابعاد انسان می تواند، تاثیر بسزایی در کسب سلامتی داشته باشد (۲۹). از این رو اغلب مدل های سلامتی شامل بعد معنویت نیز می باشد (۳۰). اهمیت معنویت و رشد معنوی در چند دهه گذشته به طور روز افزون توجه روانشناسان و متخصصین بهداشتی را به خود جلب کرده است (۳۱)، چراکه بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد اجتماعی، روانی و زیستی نمی توانند به درستی عمل کرده یا به حداکثر ظرفیت خود برسند (۳۲). حال با توجه به اینکه کارکردن با یک بیمار در حال مرگ باعث بروز احساس ناراحتی، ناامیدی، اضطراب، خستگی، خشم و گناه در پرستاران می گردد (۳) و با توجه به اینکه مراقبت کنندگان حرفه ای با مسائل اخلاقی متعدد از جمله اتانازی در کار روزانه روبرو می شوند (۳۳) و با در نظر گرفتن همبستگی مثبت بین سازگاری های روانشناختی، اجتماعی و انعطاف پذیری در زمان استرس و بحران های شخصی با سلامت معنوی (۳۴) از یک سو و ارتباط دینداری و تعصب مذهبی با نگرش به اتانازی (۲۶) از سوی دیگر، می توان گفت سلامت معنوی در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی (۳۵) یکی از جنبه هایی است که می بایست مورد ارزیابی قرار گیرد (۳۶)، چرا که سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می گردد (۳۵).

حال با توجه به اینکه در اسلام حیات تقدس ویژه ای دارد و یک فرصت ویژه برای ایجاد آینده ی بهتر در حیات اخروی محسوب می شود. (۱۶). به نظر می رسد حرمت حیات در فقه و حقوق اسلامی از جایگاه والایی برخوردار است و هیچ مصلحتی برای توجیه اقدام برای پایان دادن به حیات بیمار وجود ندارد (۱۹). از این رو پیرامون بحث اتانازی آنچه برای ما حائز اهمیت است، این است که هنگامی که جامعه ای بتواند پایان دادن به زندگی یک انسان را بپذیرد، دیگر هیچ روش عقلانی برای محدود کردن اتانازی و

بازداشتن از سوء استفاده از آن نیست و طبعاً رواج یافتن این اقدام می تواند به قانونی شدن خودکشی، کشتن افراد مسن و ناتوان، فقرا و مبتلایان به بیماری هایی نظیر ایدز بیانجامد (۱۸). همچنین با قانونی شدن اتانازی در کشورهای اسلامی و غیراسلامی حرمت نفس انسان از بین می رود، پتانسیلی برای سوءاستفاده به وجود می آید و زندگی و حیات ارزش خود را از دست داده و راه برای خودکشی و دگرکشی سفارشی هموار می شود؛ قبح قتل نفس از میان می رود و دیگر هیچ بیمار و سالمندی احساس امنیت نمی کند (۲۲). از طرفی در زمینه اتانازی، نگرش به اتانازی و عوامل موثر بر این نگرش پژوهش های محدودی در ایران صورت گرفته است. این در حالی است که افراد مختلف در گروه درمانی ممکن است با این پدیده به طور مداوم روبرو شوند. از جمله اعضای گروه های درمانی پرستاران هستند که در تمام دوران کاری ممکن است با این چالش مهم برخورد کنند. از این رو آگاهی درباره نوع نگرش این گروه درمان نسبت به اتانازی و رابطه این نگرش با عوامل مهمی همچون سلامت معنوی به دلیل تاثیر مذهب و دینداری بر نوع نگرش به اتانازی حائز اهمیت می باشد. لذا مطالعه حاضر طراحی گردید تا رابطه میان سلامت معنوی و نگرش پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین نسبت به اتانازی را مورد سنجش قرار دهد.

مروری بر متون:

در بررسی متون پژوهشگر اطلاعات را از پایگاه های اطلاعاتی science direct- sid – google scholar – pubMed در دو بازه ی زمانی ۲۰۱۰-۲۰۱۵ و ۲۰۰۵-۲۰۱۰ جستجو نمودند. و بعد از جستجو مطالعاتی که بیشترین ارتباط را با عنوان مطالعه پژوهشگر داشتند را انتخاب و این مطالعات بر اساس سال از قدیمی به جدید در قسمت بررسی متون آورده شده اند.

برگس^۱ و همکاران (۲۰۰۵) مطالعه ای با عنوان پیچیدگی های نگرش پرستاران به اتانازی انجام دادند. در این مقاله مروری داده ها از پایگاه های اطلاعاتی سینهال^۲ و پاب مد^۳ از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۳ جمع آوری گردید. در مجموع ۳۰ مقاله شامل ۱۸ مطالعه کمی، ۹ مطالعه کیفی، ۲ مقاله مروری و یک مطالعه انسان شناسی در مورد تجربه اتانازی جمع آوری گردید که در کشورهای ایالات متحده آمریکا، استرالیا، ژاپن، فنلاند، هلند، کانادا، بلژیک، مجارستان، اسرائیل و سوئیس انجام شده بودند. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که ارتباط مثبتی بین وابستگی دینی (مذهبی) و نگرش پرستاران علیه اتانازی وجود دارد. و کاتولیک ها بیشتر از گروه های دینی دیگر مخالف اتانازی بودند (۳۷).

¹Berghs

²Cinahl

³Pubmed

اینگلبریچت^۴ و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ای با عنوان نگرش پرستاران به اتانازی و نقش آنها در اتانازی انجام دادند. این مطالعه مقطعی در بلژیک انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ۳/۵ صفحه‌ای (پژوهشگر ساخته) ۳۰ عبارتی جمع‌آوری گردید. پرسشنامه برای ۶۰۰۰ پرستار ارسال شد که ۳۷۳۳ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از رگرسیون لجستیک در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که ۹۲ درصد پرستاران اتانازی را برای بیماران با بیماری انتهایی با درد شدید غیر قابل کنترل پذیرفتند. ۵۷ درصد از پایان دادن به زندگی بدون درخواست بیماران، در بیمارانی که رنجی تحمل ناپذیر دارند و نمی‌توانند تصمیم درست بگیرند، حمایت کردند. ۷۰ درصد پرستاران فکر می‌کردند که مراقبت‌های تسکینی خوب، کافی و دردسترس مانع تقریباً همه درخواست‌ها برای اتانازی می‌گردد. ۵۷ درصد از پرستاران استفاده از داروهای کشنده برای بیمارانی که رنج غیرقابل تحمل دارند و توانایی گرفتن تصمیم را ندارند، پذیرفتند (۱۳).

عصارودی و همکاران (۱۳۹۰) مطالعه‌ای با عنوان ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در پرستاران انجام دادند. این مطالعه مقطعی -تحلیلی بر روی ۹۳ نفر از پرسنل پرستاری شهید هاشمی نژاد مشهد که به روش آسان انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سوالی^۵ و پرسشنامه سلامت معنوی SWBS^۶ بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مجذور کای، دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل گردید. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین نمره سلامت مذهبی ۴۹/۹±۷/۶ و سلامت وجودی ۴۴/۳±۹/۶ و سلامت معنوی که در برگیرنده هر دو بعد می‌باشد، ۹۴/۳±۱۶ می‌باشد. هیچ کدام از پرستاران مورد بررسی از نظر سلامت معنوی در محدوده ضعیف نبودند. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معناداری دارد (۶). مطالعه فوق در ابزار پژوهش با مطالعه پژوهشگر تفاوت دارد، چرا که به دلیل جایگاه ویژه پرستاران در ارائه مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی و از سوی دیگر دلیل بافت اعتقادی شهر قزوین به بررسی ارتباط سلامت معنوی با نگرش به اتانازی می‌پردازد.

مقدس و همکاران (۱۳۹۱) مطالعه‌ای با عنوان نگرش پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در مورد اتانازی انجام دادند. این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۹۱ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه واقع در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان که به روش سرشماری انتخاب شده بودند، انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه نگرش به اتانازی EAS^۷ جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی تست، پیرسون، آنووا، رگرسیون چند متغیره، Kolmogoror - Smirnov) صورت گرفت. نتایج حاصل از

^۴Inghelbrecht

^۵SF-36

^۶Spiritual Well-being Scale

^۷Euthanasia Attitude Scale

مطالعه نشان داد که میانگین نمره نگرش پرستاران در مورد اتانازی $66/39 \pm 9/4$ بود و ۷۶ نفر از پرستاران نمره نگرش کمتر از ۷۵ دارند. لذا اکثر پرستاران نسبت به اتانازی نگرش منفیداشتند و با آن موافق نبودند. در تجزیه و تحلیل تک متغیری هیچ ارتباط معناداری بین ویژگی‌های فردی و نگرش به اتانازی وجود ندارد (۲۳). تمام افراد شرکت کننده در این مطالعه زن بودند و مطالعه فقط در پرستاران شاغل در مراقبت‌های ویژه صورت گرفته است که پژوهشگر با انتخاب تمام افراد دارای معیار ورود (مرد وزن) این محدودیت را برطرف خواهد کرد.

معینی و همکاران (۲۰۱۵) مطالعه با عنوان سلامت معنوی پرستاران و دیدگاه‌های آنها در مورد موانع ارائه مراقبت معنوی انجام دادند. این مطالعه توصیفی - همبستگی در تمام بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت‌های قلبی و استهپد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. تمام ۸۸ پرستار شرکت کنند در این مطالعه به روش سرشماری انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت معنوی SWBS و پرسشنامه BSCDQ^۸ جمع‌آوری گردید. اطلاعات بوسیله کای اسکویر، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، تی تست تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که ۶۳/۶ درصد شرکت کنندگان متاهل و ۸۶/۴ درصد از افراد در شیفت‌های چرخشی فعالیت دارند. میانگین نمره سلامت معنوی شرکت کنندگان $90/0 \pm 14/88$ بود که این نشان می‌دهد که سطح سلامت معنوی پرستاران بالاتر از سطح متوسط است (۳۸). این مطالعه فقط بر روی پرستاران بخش‌های قلب صورت گرفته که می‌بایست حداقل دو سال سابقه کار داشته باشند، که در پژوهش برای جلوگیری از این محدودیت نمونه‌گیری در تمام پرستاران دارای معیارهای ورود صورت خواهد گرفت.

نقد کلی: پدیده اتانازی در بعضی از کشورها دارای وجه قانونی می‌باشد، اما این پدیده بر حسب بافت اعتقادی و مذهبی کشورها و حتی شهرها می‌تواند تحت تاثیر فاکتورهای مذهبی، دینی و معنوی قرار گیرد. و این تاثیر در کادر پرستاری اهمیت بیشتری می‌یابد، چراکه پرستاران در تماس مداوم با بیماران هستند. لذا در مطالعات بررسی شده با توجه به محدودیت‌ها تیم تحقیق به پژوهشی که به بررسی ارتباط سلامت معنوی با نگرش پرستاران به اتانازی بپردازد، دست نیافت. از سوی دیگر مطالعات مذکور یا دارای جامعه پژوهشی متفاوت یا بدلیل انتخاب جامعه‌ای محدود و داشتن معیارهای ورود و خروج خاص دارای محدودیت در نمونه‌گیری بوده که در مطالعه پژوهشگر این محدودیت برطرف شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با نگرش به اتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین طراحی گردید.

⁸ Barriers to Spiritual Care Delivery Questionnaire

استفاده از خود گزارش دهی در جمع آوری اطلاعات

عدم همکاری پرسنل بعضی بخش‌ها به دلیل بار کاری زیاد

تعریف واژه‌ها

سلامت معنوی (تعریف نظری): بعد مهمی که کارکرد روانی و سازگاری فرد را تقویت می‌کند و دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است (۳۵).

سلامت معنوی (تعریف عملی): در این مطالعه برای سنجش سلامت معنوی از پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولتزین و الیسون استفاده می‌شود. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال است که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی ، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی کل، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی می‌شود .

اتانازی (تعریف نظری): اتانازی یا همان مرگ از روی ترحم (۱۹)؛ عملی است که به فرد کمک می‌کند تا مرگی آرام، فاقد رنج را تجربه کند (۲۰). در اتانازی فعال؛ بیمار از پزشک می‌خواهد که به زندگی وی خاتمه دهد و این کار با انجام یک «فعل» مثل تزریق داروی کشنده انجام می‌شود (۱۹). در اتانازی غیر فعال بیمار درمان خود را رد می‌کند تا در مرگش تسریع شود، بدون آنکه فعالیت خاصی انجام گیرد (۱۹).

اتانازی (تعریف عملی): در این تحقیق قرار است پذیرش اتانازی و نگرش به آن سنجیده شود. منظور از پذیرش اتانازی «پذیرش مفهومی» آن است. به کمک ابزار پذیرش اتانازی که آقابابایی در مطالعه خود طراحی کرده اند (۱۷)؛ ابتدا تعریفی از اتانازی و انواع فعال و غیرفعال آن برای شرکت کننده در مطالعه داده می‌شود (تعریف در فایل ابزار آورده شده است) و از آن‌ها خواسته می‌شود پس از مطالعه تعریف اتانازی میزان موافقت یا مخالفت خود را با آن در یک مقیاس لیکرت ۷ تایی از ۱ (کاملاً غیرقابل قبول) تا ۷

(کاملاً قابل قبول) مشخص کنند. در این مطالعه نگرش به اتانازی هم بوسیله ی مقیاس نگرش به اتانازی سنجیده می شود. این مقیاس که دارای ۲۰ عبارت در مورد اتانازی است (شامل ۴ زیرمقیاس ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت گرایانه و هر زیرمقیاس شامل ۵ عبارت)؛ شرکت کنندگان مطالعه نگرش خود را به اتانازی در قالب یک مقیاس لیکرت ۵ تایی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) مشخص می کنند. نمره بالاتر نشان دهنده ی داشتن نگرش مثبت تر نسبت به اتانازی است (۱۷)

فصل دوم

اهداف پژوهش

اهداف اصلی طرح (general objective) :

تعیین ارتباط سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۵

اهداف فرعی طرح (Specific objectives):

۱. تعیین سطح سلامت معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۲. تعیین ارتباط سلامت معنوی با مشخصات دموگرافیک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۳. تعیین نگرش به آتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۴. تعیین ارتباط نگرش به آتانازی با مشخصات دموگرافیک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

هدف کاربردی:

نتایج مطالعه حاضر را می‌توان به عنوان پایه ای جهت رویارویی با این چالش مهم در گروه‌های مختلف بهداشت و درمان استفاده نمود. همچنین با در نظر گرفتن مبانی فرهنگی و دینی جامعه، و تاثیر فرهنگ، مذهب و سنت بر نگرش به آتانازی در صورت ارتباط بین سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در پرستاران می‌توان از مداخلات مربوط در این رابطه هم در امور مراقبت از بیماران مرحله انتهایی و درخواست کننده آتانازی و هم در دوره‌های آموزشی مختلف استفاده نمود. هدف کاربردی پژوهش حاضر این است که ابتدا مشخص گردد که پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین نسبت به آتانازی چه نگرشی دارند (مثبت یا منفی). سپس در صورت لزوم (وجود نگرش‌های مثبت) با برنامه ریزی و اجرای کارگاه‌های اخلاق حرفه ای مناسبی از اعتقادات اسلامی آن‌ها استفاده شده و با توجه به دیدگاه ویژه اسلام در مورد قداست حیات و لزوم محافظت از آن برای همه ی انسان‌ها؛ نسبت به تغییر نگرش افراد مذکور نسبت به آتانازی و جلوگیری از رواج یافتن آن اقدام شود.

سؤالات پژوهش:

۱. آیا بین سطح سلامت معنوی با مشخصات دموگرافیک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین ارتباط وجود دارد؟
۲. آیا بین نگرش به آتانازی با مشخصات دموگرافیک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین ارتباط وجود دارد؟

۳. آیا بین سطح سلامت معنوی با نگرش به آتانازی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین ارتباط وجود دارد؟

فصل سوم

نوع مطالعه: اپیدمیولوژیک تحلیلی

جمعیت مورد مطالعه: جامعه مورد مطالعه پرستاران تمام بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین (بوعلی سینا- ولایت) می‌باشد

حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: در مطالعه‌ی حاضر نمونه‌گیری به روش در دسترس و شامل تمام پرستاران دارای معیارهای ورود به مطالعه بود.

معیارهای قابل قبول:

معیار ورود به مطالعه:

۱. تمایل به شرکت در مطالعه

۲. حداقل سابقه ۶ ماه فعالیت به عنوان پرستار

معیار خروج از مطالعه:

۱. داشتن بیماری روانشناختی یا مصرف داروهای روانی شناخته شده

مکان و زمان انجام مطالعه:

محیط پژوهش تمام بخش‌های بیمارستان‌های ولایت و بوعلی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. در این مطالعه

نمونه‌گیری به روش در دسترس، هم در روزهای زوج و هم روزهای فرد و در شیفت‌های صبح و عصر و شب انجام گرفت.

زمان اجرای طرح از تاریخ ۹۵/۱/۱۷ لغایت ۹۵/۳/۵ می‌باشد.

مقیاس	تعریف علمی	کیفی		کمی		وابسته	مستقل	زمینه ای	مشخصات متغیر
		رتبه ای	اسمی	گسسته	پیوسته				
پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین والیسون)) کاملاً موافقم (۶) نسبتاً موافقم (۵) موافقم (۴) مخالفم (۳) نسبتاً مخالفم (۲) کاملاً مخالفم (۱)	سلامت معنوی به برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حسن ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود اطلاق میشود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می آید.	✓				✓			سلامت معنوی
یک مقیاس ۷ درجه ای از کاملاً غیرقابل قبول (بانمره ۱) تا کاملاً قابل قبول (بانمره ۷)	پذیرش مفهوم اتانازی				✓				پذیرش اتانازی
کاملاً موافق ۵ موافق ۴ خنثی ۳ مخالف ۲ کاملاً مخالف ۱ بر اساس سال شمسی	دیدگاه فرد به اتانازی				✓				نگرش به اتانازی
	سن شناسنامه ای				✓			✓	سن
مرد / زن	مذکر یا مونث بودن				✓			✓	جنس
مجرد / متاهل / مطلقه / بیوه	ازدواج یا عدم ازدواج		✓					✓	وضعیت تاهل
بد، متوسط، خوب	سطح درآمد فرد	✓						✓	وضعیت اقتصادی
سراسری / آزاد اسلامی	محل اخذ مدرک		✓					✓	دانشگاه محل تحصیل
بومی استان / غیر بومی	محل تولد و زندگی		✓					✓	بومی یا غیر بومی بودن
شیعه / سنی	اعتقادات دینی		✓					✓	مذهب
بد، متوسط، خوب	سطح رابطه با دین	✓						✓	ارتباط با دین
CCU- ICU- دیالیز- انکولوژی- نورولوژی- داخلی	محل فعالیت		✓					✓	بخش محل خدمت

متغیرهای تحقیق:

مدت خدمت در آن بخش							سال شمسی
کل سابقه خدمت							سال شمسی
وضعیت استخدام				✓			وضعیت استخدامی قراردادی / طرحی / پیمانی / رسمی
شیفت کاری				✓			شیفت در گرددش، صبح کار
نام بیمارستان				✓			بوعلی سینا / ولایت
نوع همکاری با بخش							
کل سال های خدمت							
سال شمسی							

روش گردآوری داده‌ها و روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها:

پس از اخذ معرفی‌نامه رسمی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین و دریافت کد اخلاق به شماره **IR.QUMS.REC.1394.823** پژوهشگر به بیمارستان های آموزشی بوعلی سینا و ولایت مراجعه نمود و تمام افرادی را که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، به صورت در دسترس انتخاب و از آنها جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آورد. پس از توضیح اهداف مطالعه و کسب رضایت نامه کتبی، پرسشنامه ها در اختیار افراد قرار گرفت و ضمن تأکید بر محرمانه بودن کلیه اطلاعات، از آنان درخواست شد تا به طور کامل به کلیه سؤالات پاسخ دهند.

۲. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سه قسمتی انجام گرفت:

۳. بخش اول شامل چک لیست اطلاعات دموگرافیک پرستاران

۴. بخش دوم مقیاس پذیرش و نگرش به اتانازی (Euthanasia Attitude Scale)

۵. بخش سوم پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولتزین و الیسون (Ellison-Palutian)

بخش اول: چک لیست اطلاعات دموگرافیک پرستاران:

این چک لیست پژوهشگر ساخته شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، بومی یا غیر بومی بودن، ارتباط با دین، بخش محل خدمت، مدت خدمت در آن بخش، کل سابقه خدمت، وضعیت استخدام، شیفت کاری و نام بیمارستان می باشد.

بخش دوم: مقیاس پذیرش و نگرش به اتانازی:

اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط Tordella و Neutens ساخته و اعتباریابی مقدماتی شد. ابزار اولیه شامل ۷۴ عبارت بود که پس از استفاده از نظرات ۱۹ داور متخصص در زمینه مرگ‌شناسی (مطالعه‌ی پدیده‌های مرتبط با مرگ) به ۲۱ گویه که طبق داوری آنها قویترین جمله‌های مرتبط با اتانازی بودند؛ خلاصه شد که مؤلفان این روش را حمایتی از اعتبار محتوای مقیاس خواندند. سپس مؤلفان، مقیاس را به صورت یک بازآزمایی یک هفته‌ای به ۱۴۱ دانشجو ارائه کردند که همبستگی ابزار ۲۱ گویه‌ای با آلفای کرونباخ $0.84+$ تأیید شد. Rogers و همکارانش نیز در سال ۱۹۹۱ گویه‌های EAS را نسبت به سوگیری جنسی اصلاح کردند. پایایی درونی این مقیاس اصلاح شده با روش آلفای کرونباخ برابر با $0.81+$ بود. در یک اصلاح جدیدتر، گویه‌های مقیاس در چهار دامنه دسته بندی شدند: ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت گرایانه. Tang و همکارانش نیز در طی مطالعه‌ای اعلام کردند که این مقیاس از روایی و پایایی رضایت‌بخشی برخوردار است؛ آن‌ها آلفای کرونباخ ابزار را برابر با $0.85+$ محاسبه کرده اند. ناصر آقابابایی نیز در دانشگاه تهران طی مطالعه‌ای نسخه فارسی این ابزار را تهیه و آن را روایی پایایی سنجی نموده است. وی در طی این مطالعه، روند استاندارد ترجمه و ترجمه‌ی برگردان را طی کرده تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل کند. آقابابایی گویه‌ی شماره‌ی ۱۵ مقیاس اصلی را در مطالعه‌ی خودش حذف کرده و در این باره اینگونه نوشته است: «گویه ۱۵ مقیاس اصلی به اجرای اتانازی اشاره دارد: «ایمان دارم که نظام درمانی محلی؛ اتانازی را به نحو شایسته‌ای اجرا می‌کند» و در نتیجه در کشورهایی همچون ایران که اتانازی قانونی نیست؛ گویه‌ی اخیر مصداقی ندارد؛ احتمالاً پاسخ دهنده را سر درگم می‌کند». بنابراین در مطالعه مذکور در نهایت نسخه فارسی مقیاس نگرش به اتانازی با آلفای کرونباخ برابر با $0.88+$ و همبستگی درونی $0.56+$ تأیید شده است (۱۷).

نسخه فارسی مقیاس مجموعاً دارای ۲۰ گویه است. (۴ زیر مقیاس ملاحظات اخلاقی، ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت گرایانه دارد و هر زیرمقیاس شامل ۵ گویه). پاسخ دهندگان باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف (با نمره یک) تا کاملاً موافق (با نمره ۵) به این پرسشنامه پاسخ دهند. نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی حمایت بیشتر از اتانازی است (نگرش مثبت تر به اتانازی). نمره دهی مقیاس به این صورت است که ابتدا گویه‌ها همسو می‌شوند. یعنی گویه‌های معکوس (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۰) برای جواب کاملاً موافق نمره ۱ و برای جواب کاملاً مخالف نمره ۵ می‌گیرند. بعد از همسو شدن گویه‌های معکوس با سایر گویه‌ها؛ نمره‌ی هر یک از ۴ حیطه مقیاس با محاسبه میانگین نمره‌ی کل گویه‌های زیرمجموعه‌ی آن حیطه محاسبه می‌شود.

آقابابایی (۱۷) مشکل عمده‌ی این مقیاس را ارائه ندادن تعریفی از اتانازی برای کمک به پاسخ دهنده دانسته و برای رفع این مشکل از ابزاری با عنوان «پذیرش اتانازی» استفاده کرده است. در این ابزار ابتدا تعریفی از اتانازی ارائه می‌شود؛ طوری که یک شمایی کلی

از اتانازی به خواننده داده شود. شرکت کنندگان بایستی پس از مطالعه تعریف اتانازی؛ میزان موافقت یا مخالفتشان با اتانازی را در یک مقیاس ۷ درجه ای از کاملاً غیرقابل قبول (با نمره ۱) تا کاملاً قابل قبول (با نمره ۷) مشخص کنند.

مقیاس اتانازی مجموعاً دارای ۲۱ گویه و ۴ زیر مقیاس است (شماره سؤالات متعلق به پرسشنامه ایرانی)

ملاحظات اخلاقی: ۱۱ گویه شامل سؤالات ۱ تا ۱۱

ملاحظات عملی: ۴ گویه شامل سؤالات ۱۲ تا ۱۴؛ سؤال ۱۵ پرسشنامه اصلی بوده همان آیتم اجرای اتانازی که در

پرسشنامه ایرانی حذف شده و در نتیجه ۳ گویه دارد.

ارج نهادن به زندگی: ۴ گویه شامل سؤالات ۱۵ تا ۱۸

باورهای طبیعت گرایانه: ۲ گویه شامل سؤالات ۱۹ و ۲۰

بخش سوم: پرسشنامه سلامت معنوی پولتزین و الیسون (۲۰ سوالی)

این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال است که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می باشد. برای زیر گروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. در سؤالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شده است. در مطالعه ی رضایی و همکاران، روایی پرسشنامه ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ مورد تایید قرار گرفت (۲۷).

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه 22 و با استفاده از شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار (برای متغیرهای کمی پیوسته مانند سن) و از تعداد و درصد (برای متغیرهای کیفی / اسمی مانند جنس) استفاده شد. برای بررسی ارتباط میان سطح سلامت معنوی و نگرش به اتانازی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی:

۱. کسب اجازه‌نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه برای ورود به محیط پژوهش.
۲. معرفی خود به مسئولین محیط پژوهش و همچنین به مشارکت‌کنندگان در پژوهش.
۳. توضیح هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان.
۴. حفظ استقلال مشارکت‌کنندگان در پژوهش
۵. اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در پژوهش در زمینه تجزیه تحلیل داده‌ها به صورت بی‌نام.
۶. اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در پژوهش در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شده توسط آنها.
۷. قطع فرآیند جمع‌آوری اطلاعات در صورت احساس عدم راحتی و عدم تمایل توسط مشارکت‌کنندگان در پژوهش.
۸. آزاد گذاشتن مشارکت‌کنندگان در پژوهش در بیان یا عدم بیان اطلاعات خود.
۹. حفظ احترام و بزرگداشت شأن انسانی مشارکت‌کنندگان در پژوهش.
۱۰. اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان در پژوهش و کارمندان شاغل در محیط پژوهش در زمینهی مهیا بودن امکان دسترسی آزادانه آنها به یافته‌های پژوهش، در صورت تمایل.
۱۱. اخذ رضایت‌نامه آگاهانه.

فصل چہارم

متغیرهای دموگرافیک

در مجموع ۳۰۲ پرستار در مطالعه حاضر شرکت نمودند که ۱۶۵ نفر از بیمارستان بوعلی و مابقی از بیمارستان شهید رجایی بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ۳۱/۱ سال با انحراف معیار ۵/۹ سال بود (۲۱ تا ۵۴ سال). از این تعداد ۴۰ نفر مرد (۱۳/۲ درصد) و ۲۶۲ نفر زن بودند (۸۶/۸ درصد). در رابطه با وضعیت تاهل، اکثر پرستاران شرکت کننده در مطالعه (۲۱۲ نفر) متاهل بودند. اکثر شرکت کنندگان در مطالعه حاضر در رابطه با وضعیت مالی، گزینه متوسط را انتخاب نموده بودند (۲۴۷ نفر). هشتاد و دو درصد از شرکت کنندگان در مطالعه حاضر را پرستاران بومی استان تشکیل می داد. از نظر مذهب، ۹۷/۴ درصد از شرکت کنندگان شیعه و مابقی سنی بودند. از نظر ارتباط با دین و مسائل دینی، ۱۸۵ نفر (۶۱/۳ درصد) ارتباط خود با دین را خوب، ۱۰۵ نفر (۳۴/۸ درصد) متوسط و ۱۲ نفر (۴ درصد) نیز بد گزارش نمودند. در رابطه با بخش کار، پرستاران از ۱۲ بخش متفاوت در مطالعه شرکت نمودند که بیشترین شرکت کنندگان را پرستاران بخش ای سی یو تشکیل می داد. از نظر دانشگاه محل تحصیل، ۱۶۸ نفر در دانشگاههای دولتی و مابقی در دانشگاه آزاد تحصیل نموده بودند.

اتانازی

میانگین کل نمره ای آتانازی ۶۶/۶ با انحراف معیار ۱۱/۲۰ و دامنه ای ۲۸-۱۵۰ بود. در بخش بعدهای مختلف آتانازی میانگین نمره در زیر مجموعه ای ملاحظات اخلاقی ۳۵/۱ با انحراف معیار ۷/۵ و دامنه ای ۱۴ تا ۱۰۵ بود. میانگین نمره در زیر مجموعه ای ملاحظات عملی ۸/۷ با انحراف معیار ۲/۱ و دامنه ای ۹ تا ۲۴ بود. میانگین نمره آتانازی در زیر مجموعه ای ارج نهادن به زندگی ۱۵/۳ با انحراف معیار ۲/۵ و دامنه ای ۹ تا ۲۴ بود. میانگین نمره آتانازی در زیر مجموعه ای باورهای طبیعت گرایانه ۶/۳ با انحراف معیار ۱/۹ و دامنه ای ۲ تا ۱۲ بود. جدول شماره یک چگونگی پاسخ پرستاران به سوالات مختلف پرسشنامه نگرش به آتانازی را نشان می دهد (جدول شماره ۱).

گویه ها	کاملا موافق ۵	موافق ۴	خنثی ۳	مخالف ۲	کاملا مخالف ۱
فردی بایک بیماری پایانی(لاعلاج)؛ حق تصمیم گیری برای مردن را دارد.	۶۳ (%۲۰/۹)	۷۴ (%۲۴/۵)	۵۶ (%۱۸/۵)	۵۳ (%۱۷/۵)	۵۶ (%۱۸/۵)
موجب مرگ شدن به دلیل ترحم؛ اشتباه است.	۹۲ (%۳۰/۵)	۷۲ (%۲۳/۸)	۸۲ (%۲۷/۲)	۳۴ (%۱۱/۳)	۲۲ (%۷/۳)
اتانازی باید در جامعه امروزی پذیرفته شود.	۵۴ (%۱۷/۹)	۹۴ (%۳۱/۱)	۶۸ (%۲۲/۵)	۳۶ (%۱۱/۹)	۵۰ (%۱۶/۶)
در هیچ موردی اتانازی مناسب نیست.	۵۶ (%۱۸/۵)	۴۰ (%۱۳/۲)	۷۶ (%۲۵/۲)	۹۰ (%۲۹/۸)	۴۰ (%۱۳/۲)
اتانازی در زمان و مکان درست(در شرایط مناسب)؛ مفید است.	۷۰ (%۲۳/۲)	۸۱ (%۲۶/۸)	۷۰ (%۲۳/۲)	۴۰ (%۱۳/۲)	۴۱ (%۱۳/۶)
اتانازی عملی انسانی است.	۳۵ (%۱۱/۶)	۵۵ (%۱۸/۲)	۱۰۳ (%۳۴/۱)	۴۷ (%۱۵/۶)	۶۲ (%۲۰/۵)
اتانازی باید برخلاف قانون باشد.	۳۹ (%۱۲/۹)	۳۸ (%۱۲/۶)	۱۰۰ (%۳۳/۱)	۷۱ (%۲۳/۵)	۵۴ (%۱۷/۹)
اتانازی باید وقتی که فردی بیماری پایانی (لاعلاج) دارد؛ استفاده شود.	۵۳ (%۱۷/۵)	۸۰ (%۲۶/۵)	۷۳ (%۲۴/۲)	۴۵ (%۱۴/۹)	۵۱ (%۱۶/۹)
گرفتن زندگی انسان، در هر شرایطی نادرست است.	۸۷ (%۲۸/۸)	۶۳ (%۲۰/۹)	۸۳ (%۲۷/۵)	۴۳ (%۱۴/۲)	۲۶ (%۸/۶)
۱. اتانازی در مواردی پذیرفتنی است که همه ی امید های بهبودی زببن رفته است.	۵۹ (%۱۹/۵)	۹۷ (%۳۲/۱)	۶۷ (%۲۲/۲)	۳۶ (%۱۱/۹)	۴۳ (%۱۴/۲)
۱. اتانازی به فرد فرصتی دهد تا با وقار بمیرد.	۴۰ (%۱۳/۲)	۷۵ (%۲۴/۸)	۸۸ (%۲۹/۱)	۵۰ (%۱۶/۶)	۴۹ (%۱۶/۲)
۱. اتانازی قابلقبول است اگر؛ فرد، پیر باشد.	۳۳ (%۱۰/۹)	۳۶ (%۱۱/۹)	۷۰ (%۲۳/۲)	۸۵ (%۲۸/۱)	۷۸ (%۲۵/۸)
۱. اگر یک بیمار پایانی (لاعلاج) یافردی مصدوم؛ به طور فزاینده تر انگار فشار روانی بر خانواده اش باشد؛ مناز در خواست او برای اتانازی حمایتی کنم.	۲۰ (%۶/۶)	۵۷ (%۱۸/۹)	۹۸ (%۳۲/۵)	۶۵ (%۲۱/۵)	۶۲ (%۲۰/۵)
۱. اتانازی به استفاده های سوء می انجامد.	۷۸ (%۲۵/۸)	۷۶ (%۲۵/۲)	۹۷ (%۳۲/۱)	۳۳ (%۱۰/۹)	۱۸ (%۶/۱۰)
۱. در موارد بسیار اندک و غیر قابل توجهی؛ اتانازی قابلقبول است.					
۱. اتانازی باید تنها برای بزرگسالان و در درجه سنجی استفاده شود و نه رنج روانی.	۳۶ (%۱۱/۹)	۵۳ (%۱۷/۵)	۱۰۳ (%۳۴/۱)	۵۸ (%۱۹/۲)	۵۲ (%۱۷/۲)
۱. وظیفه های انسان، حفظ و نگهداری زندگی است نه پایان دادن به آن.	۱۰۷ (%۳۵/۴)	۶۹ (%۲۲/۸)	۹۳ (%۳۰/۸)	۲۳ (%۷/۶)	۱۰ (%۳/۳)
۱. یک یا از اصول مهم اخلاق پزشکی، طولانی کردن زندگی هاست نه پایان دادن به زندگی ها.	۹۸ (%۳۲/۵)	۷۸ (%۲۵/۸)	۸۶ (%۲۸/۵)	۳۰ (%۹/۹)	۱۰ (%۳/۳)
۱. یک فرد نباید با دستگاه، زندگیش را بگذراند.	۴۱ (%۱۳/۶)	۵۵ (%۱۸/۲)	۶۸ (%۲۲/۵)	۷۲ (%۲۳/۸)	۶۶ (%۲۱/۹)
۲. مرگ طبیعی، در مانع بر این نداشت.	۸۰ (%۲۶/۵)	۸۲ (%۲۷/۲)	۸۲ (%۲۷/۲)	۳۰ (%۹/۹)	۲۸ (%۹/۳)

جدول شماره ۱: میانگین و درصد پاسخ پرستاران به سوالات مربوط به اتانازی

میانگین نمره‌ی آتانازی در مردان ۶۶/۲ با انحراف معیار ۱۱/۳ و در زنان ۶۳/۱ با انحراف معیار ۱۱/۱ بود، این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/831$). میانگین نمره‌ی آتانازی در افراد مجرد ۶۵/۱ با انحراف معیار ۱۰/۱، در افراد متأهل ۶۳/۱ با انحراف معیار ۱۱/۶ بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/353$). نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی آتانازی در افراد با وضعیت مالی بد ۶۹/۶ با انحراف معیار ۱۳/۱، در افراد با وضعیت مالی متوسط ۶۳/۸ با انحراف معیار ۱۱/۲ بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/530$). میانگین نمره‌ی آتانازی در افراد بومی استان ۶۳/۲ با انحراف معیار ۱۰/۳ و در افراد غیر بومی ۶۵/۴ با انحراف معیار ۱۴/۴ بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/852$). میانگین نمره‌ی آتانازی در بین پرستاران شیعه ۶۳/۶ با انحراف معیار ۱۱/۱ و در پرستاران سنی ۶۳/۳ با انحراف معیار ۱۴/۳ بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/212$). میانگین نمره‌ی آتانازی در پرستارانی که در دانشگاه آزاد تحصیل کرده‌اند ۶۳/۷ با انحراف معیار ۱۰/۱ و در افرادی که در دانشگاه سراسری تحصیل کرده‌اند ۶۳/۵ با انحراف معیار ۱۱/۹ بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/872$). تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که میانگین نمره‌ی آتانازی در پرستاران بیمارستان بوعلی ۶۲/۳ با انحراف معیار ۹/۸ و در پرستاران بیمارستان رجایی ۶۵/۲ با انحراف معیار ۴/۱۲ بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/498$). بعد از تجزیه و تحلیل اطلاعات در مورد بخش‌های بیمارستان‌ها بیشترین نمره در بخش میانگین نمره‌ی آتانازی مربوط به پرستاران بخش قلب با ۶۶/۹ و کمترین نمره مربوط به پرستاران بخش اورژانس با میانگین ۵۹/۲ بود، که اختلاف بین پرستاران بخش‌های مختلف از نظر آماری معنادار نبود ($p=0/328$). در قسمت ارتباط نمره‌ی آتانازی با سابقه‌ی کاری، میانگین نمره آتانازی در بین پرستاران با سابقه کار کمتر از یکسال با نمره‌ی ۶۷/۰۲ بیشترین میزان و در پرستاران با سابقه‌ی ۱ تا ۵ سال کمترین مقدار با نمره‌ی ۶۱/۰۵ را دارا بود که اختلاف بین این گروه‌ها از نظر آماری معنادار بود ($p=0/01$). در بحث ارتباط میانگین نمره‌ی آتانازی با سابقه‌ی کار در بخش فعلی پرستاران بیشترین نمره در گروه ۶ تا ۱۲ ماه و کمترین نمره در گروه بیش از ده سال سابقه‌ی کاری در بخش بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p=0/02$).

سلامت معنوی

در بخش تجزیه و تحلیل اطلاعات سلامت معنوی میانگین نمره کل سلامت معنوی در بین پرستاران ۷۵/۱ با انحراف معیار ۸/۹ (دامنه: ۴۸-۱۳۹) بود. بدین صورت که میانگین بعد وجودی سلامت معنوی ۴/۱ با انحراف معیار ۴/۷ (دامنه: ۲۵-۸۶) و میانگین بعد مذهبی سلامت معنوی ۳۴/۸ با انحراف معیار ۶/۳ (دامنه: ۲۳-۹۶) بود. جدول شماره دو چگونگی پاسخ پرستاران به سوالات مختلف پرسشنامه سلامت معنوی را نشان می‌دهد (جدول شماره ۲). نتایج نشان داد که میانگین کل سلامت معنوی در بین پرستاران مرد ۷۵/۷ با انحراف معیار ۹/۴ و در بین پرستاران زن ۷۵/۸ با انحراف معیار ۸/۸ بود. اگرچه سلامت معنوی پرستاران مرد بیشتر از پرستاران زن بود ولی از نظر آماری، اختلاف معنادار نبود ($p=0/958$). همچنین نتایج نشان داد که میانگین سلامت معنوی در پرستاران مجرد ۷۵/۵ با انحراف معیار ۸/۳ و در پرستاران متأهل ۷۵/۱ با انحراف معیار ۹/۹ بود. نمره سلامت معنوی در پرستاران متأهل بیشتر از پرستاران مجرد بود ولی از نظر آماری اختلاف معناداری وجود نداشت ($p=0/891$). نمره سلامت معنوی در پرستاران با وضعیت اقتصادی ضعیف ۷۷/۱ با انحراف معیار ۸/۳ و در پرستاران با وضعیت اقتصادی متوسط ۷۴/۵ با انحراف معیار ۹/۱ بود، اگرچه نمره سلامت معنوی در پرستاران با وضعیت اقتصادی ضعیف بالاتر بود، اما از نظر آماری اختلاف معنادار نبود ($p=0/554$). میانگین نمره سلامت معنوی در پرستاران بومی استان ۷۵/۳ با انحراف معیار ۸/۹ و در پرستاران غیر بومی استان ۷۳/۱ با انحراف معیار ۸/۹ بود، که اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($p=0/968$). از نظر مذهبی، نمره سلامت معنوی در پرستاران شیعه ۷۴/۹ با انحراف معیار ۹/۱ و در پرستاران سنی ۷۷ با انحراف معیار ۵/۱ بود، که اختلاف آماری معناداری بین این دو گروه وجود نداشت ($p=0/528$). میانگین نمره سلامت معنوی در پرستاران فارغ التحصیل دانشگاه آزاد ۷۴/۴ با انحراف معیار ۷/۴ و در پرستاران فارغ التحصیل دانشگاه سراسری ۷۵/۴ با انحراف معیار ۹/۹ بود که اختلاف آماری معناداری بین این دو گروه وجود نداشت ($p=0/138$). میانگین نمره سلامت معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان بوعلی سینا ۷۵ با انحراف معیار ۸/۶ و در پرستاران شاغل در بیمارستان ولایت ۷۵ با انحراف معیار ۹/۳ بود که البته از نظر آماری اختلاف معنادار نبود ($p=0/667$). میانگین نمره سلامت معنوی در پرستارانی که سابقه کار بیش از ۱۰ سال داشتند نسبت به سایر گروه‌ها بیشتر بود (۷۹/۷) و میانگین نمره سلامت معنوی در پرستارانی که سابقه کار کمتر از ۱ سال داشتند نسبت به سایر گروه‌ها کمتر بود (۷۴/۳). اختلاف بین پرستاران با سابقه کاری متفاوت معنادار نبود ($p=0/07$). در این میان پرستاران بخش انکولوژی بیشترین نمره سلامت معنوی را

داشتند (میانگین: ۸۱/۳) و پرستاران بخش آی سی یو کمترین نمره سلامت معنوی را داشتند (میانگین: ۷۳/۱)، که این نتایج نشان می‌دهد اختلاف آماری بین پرستاران بخش‌های مختلف معنادار نبود ($p = 0/142$). در این مطالعه برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش به اتانازی در پرستاران از آزمون پیرسون استفاده شد که براساس این آزمون، ارتباط آماری معناداری بین سلامت معنوی و نگرش به اتانازی دیده نشد ($p = 0/09$). جدول شماره ۲ میانگین و درصد پاسخ پرستاران به سوالات مربوط به سلامت معنوی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ میانگین و درصد پاسخ پرستاران به سوالات مربوط به سلامت معنوی

عبارت	کاملاً موافقم (۶)	نسبتاً موافقم (۵)	موافقم (۴)	مخالقم (۳)	نسبتاً مخالفم (۲)	کاملاً مخالفم (۱)
۱. دعا و عبادت با خدا برایم خیلی رضایت بخش نیست.	۶ (٪۲)	٪۳/۳) ۱۰(	٪۴/۶) ۱۴	۵۵ (٪۱۸/۲)	۲۱ (٪۷)	٪۶۴/۹) ۱۹۶(
۲. نمیدانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا می‌روم.	۸ (٪۲/۶)	٪۵/۳) ۱۶	٪۵/۶) ۱۷(	۸۲ (٪۲۷/۲)	٪۱۰/۶) ۳۲(	٪۴۸/۷) ۱۴۷(
۳. معتقدم که خدا مرا دوست دارد و در همه حال مراقب من است.	٪۲۲/۵) ۲۱۹(	٪۸/۳) ۲۵(	٪۱۶/۶) ۵۰(	۳ (٪۱/۰)	۳ (٪۱/۰)	۲ (٪۷)
۴. احساس می‌کنم که زندگی یک تجربه مثبت و خوشایند است.	127(42/1%)	٪۲۶/۸) ۸۱(	٪۲۱/۲) ۶۴(	۱۹ (٪۶/۳)	۸ (٪۲/۶)	۳ (٪۱/۰)
۵. من معتقدم که خدا در زندگی من نقشی ندارد.	۱ (٪۳)	۲ (٪۷)	٪۳/۶) ۱۱(	۵۱ (٪۱۶/۹)	٪۴/۳) ۱۳	٪۷۴/۲) ۲۲۴(
۶. احساس می‌کنم که آینده نامعلومی دارم.	۱۱ (٪۳/۶)	٪۸/۶) ۲۶	٪۱۴/۶) ۴۴(	۹۱ (٪۳۰/۱)	٪۱۳/۹) ۴۲(	۸۸ (٪۲۹/۱)
۷. من با خدا ارتباط معنوی خاصی دارم.	۱۰۱ (٪۳۳/۴)	٪۲۶/۵) ۸۰(	٪۳۱/۵) ۹۵(	۱۲ (٪۴/۰)	٪۲/۳) ۱۰(	۴ (٪۱/۳)
۸. در زندگی به حد کمال رسیده و کاملاً احساس خوبی می‌کنم.	۴۲ (٪۱۳/۹)	٪۳۴/۸) ۱۰۵(	٪۳۱/۸) ۹۶(	۴۳ (٪۱۴/۲)	٪۲/۶) ۱۱(	۵ (٪۱/۷)
۹. احساس می‌کنم که از جانب خدا حمایت نشده و نیرو نمی‌گیرم.	۷ (٪۲/۳)	۸ (٪۲/۶)	٪۴/۰) ۱۲(	۷۲ (٪۲۳/۸)	٪۱۱/۶) ۳۵(	٪۵۵/۶) ۱۶۸(
۱۰. من احساس خوبی در مورد زندگی هدفمند خود دارم	۹۱ (٪۳۰/۱)	٪۲۵/۸) ۷۸(	٪۳۴/۸) ۱۰۵(	۱۶ (٪۵/۳)	۵ (٪۱/۷)	۷ (٪۲/۳)
۱۱. معتقدم که خدا به مشکلات من توجه می‌کند.	۱۵۰ (٪۴۹/۷)	٪۱۷/۵) ۵۳(	٪۲۵/۸) ۷۸(	۱۴ (٪۴/۶)	۱ (٪۳)	۶ (٪۲/۰)
۱۲. من از زندگیم لذت کافی نمی‌برم.	۱۹ (٪۶/۳)	٪۹/۹) ۳۰(	٪۱۲/۶) ۳۸(	۹۱ (٪۳۰/۱)	٪۱۶/۲) ۴۹(	۷۵ (٪۲۴/۸)
۱۳. از ارتباط با خدا احساس رضایت نمی‌کنم.	۶ (٪۲/۰)	۹ (٪۳/۰)	٪۶/۶) ۲۰(	۷۵ (٪۲۴/۸)	٪۷/۶) ۲۳(	٪۵۶/۰) ۱۶۹(
۱۴. در مورد آینده‌ام احساس خوبی دارم.	۹۹ (٪۳۲/۸)	٪۲۳/۵) ۷۱(	٪۳۲/۵) ۹۸(	۲۰ (٪۶/۶)	٪۳/۳) ۱۰(	۴ (٪۱/۳)
۱۵. رابطه من با خدا به من کمک می‌کند که احساس تنهایی نکنم.	۱۴۰ (٪۴۶/۴)	٪۱۹/۹) ۶۰(	٪۲۷/۵) ۸۳(	۱۵ (٪۵/۰)	۳ (٪۱/۰)	۱ (٪۳/۰)
۱۶. من حس می‌کنم که زندگی پر از رنج و ناراحتی است.	۱۳ (٪۴/۳)	٪۱۰/۶) ۳۲	٪۱۵/۲) ۴۶	۹۳ (٪۳۰/۸)	۵۵(٪۱۸/۲)	۶۲ (٪۲۰/۵)
۱۷. زمانی که ارتباط نزدیکی با خدا دارم، احساس کمال می‌کنم.	۱۴۹ (٪۴۹/۳)	٪۱۷/۹) ۵۴(	٪۲۶/۲) ۷۹(	۱۰ (٪۳/۳)	۶ (٪۲/۰)	۴ (٪۱/۳)
۱۸. زندگی معنا و مفهوم زیادی ندارد.	۶ (٪۲/۰)	۲۷ (٪۸/۹)	٪۴/۶) ۱۴	۹۵ (٪۳۱/۵)	٪۱۳/۶) ۴۱	۱۱۹ (٪۳۹/۴)
۱۹. ارتباط با خدا موجب احساس سلامتی من می‌شود.	۱۵۹ (٪۵۲/۶)	٪۱۸/۹) ۵۷(	٪۲۲/۵) ۶۸(	۹ (٪۳/۰)	۶ (٪۲/۰)	۳ (٪۱/۰)
۲۰. معتقدم که اهداف زیادی در زندگی من وجود دارند.	۱۳۹ (٪۴۶/۰)	٪۲۲/۸) ۶۹(	٪۲۳/۵) ۷۱(	۱۱ (٪۳/۶)	۸ (٪۲/۶)	۴ (٪۱/۳)

فصل پنجم

تفسیر یافته‌ها:

رشد و پیشرفت تکنولوژی در سیستم بهداشت و درمان سبب طولانی‌تر شدن حیات شده (۳) و با افزایش کیفیت مراقبت‌های درمانی و ارتقا سطح رفاه اجتماعی روزبه‌روز بر تعداد بیمارانی که در مراحل انتهایی بیماری‌های مزمن قرار دارند، افزوده می‌شود (۴). یکی از پدیده‌هایی که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه‌های حرفه‌ای مراقبت سلامتی (۱۳) به طور مکرر با آن روبرو هستند، پدیده مرگ می‌باشد (۳). فرضیه اتانازی در رابطه با بیماران لاعلاج، صعب‌العلاج و بیمارانی که دارای زندگی نباتی و کیفیت پایینی از زندگی هستند، مطرح می‌باشد (۲۲). اتانازی، خاتمه دادن عمدی و آسان به زندگی یک فرد با بیماری غیر قابل درمان، با رنج زیاد و بدون امید به بهبودی است (۱۹). در این میان پرستاران اغلب به عنوان نخستین مراقبت‌کنندگان دریافت‌کننده درخواست اتانازی (۲۵)، به طور واضح درگیر پروسه اتانازی هستند (۱۳) و اعمالی چون اتانازی استرس‌های اخلاقی زیادی را به پرستاران وارد می‌کند (۳). از این‌رو نگرش پرستاران به اتانازی بدلیل تجربه درگیری نزدیک در مراقبت از بیماران در حال مرگ و نهایتاً بدلیل نفوذ بر عملکرد و سیاست بهداشت و درمان از اهمیت ویژه جداگانه‌ای برخوردار است (۱۰). با توجه به اینکه مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای با مسائل اخلاقی متعدد از جمله اتانازی در کار روزانه روبرو می‌شوند (۳۳) و با در نظر گرفتن همبستگی مثبت بین سازگاری‌های روانشناختی، اجتماعی و انعطاف‌پذیری در زمان استرس و بحران‌های شخصی با سلامت معنوی (۳۴) از یک سو و ارتباط دینداری و تعصب مذهبی با نگرش به اتانازی (۲۶) از سوی دیگر، می‌توان گفت سلامت یکی از جنبه‌هایی است که می‌بایست مورد ارزیابی قرار گیرد (۳۶). از این‌رو آگاهی درباره نوع نگرش این گروه درمان نسبت به اتانازی و رابطه این نگرش با عوامل مهمی همچون سلامت معنوی حائز اهمیت می‌باشد. لذا مطالعه حاضر طراحی گردید تا رابطه میان سلامت معنوی و نگرش پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین نسبت به اتانازی را مورد سنجش قرار دهد. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد در پاسخ پرستاران به سوالات مختلف پرسشنامه نگرش به اتانازی، اکثر پرستاران با آماری حدود ۶۶/۶٪ نظر مثبتی به اتانازی دارند که زیر مجموعه ملاحظات اخلاقی با آماری حدود ۳۵/۱٪ نسبت به سایر زیرمجموعه‌ها از قبیل ملاحظات عملی، ارج نهادن به زندگی و باورهای طبیعت‌گرایانه، تاثیرگذاری بالاتری دارند.

میانگین نمره اتانازی در مردان ۶۶/۲ در زنان ۶۳/۱، افراد مجرد ۶۵/۱، در افراد متأهل ۶۳/۱، در افراد با وضعیت مالی بد ۶۹/۶ و در افراد با وضعیت مالی متوسط ۶۳/۸، در افراد بومی استان ۶۳/۲ و در افراد غیر بومی ۶۵/۴، در بین پرستاران شیعه ۶۳/۶ و در پرستاران سنی ۶۳/۳، در پرستارانی که در دانشگاه آزاد تحصیل کرده‌اند ۶۳/۷ و در افرادی که در دانشگاه سراسری تحصیل کرده‌اند ۶۳/۵، در پرستاران بیمارستان بوعلی ۶۲/۳ و در پرستاران بیمارستان رجایی ۶۵/۲ و هم‌چنین در پرستاران بخش قلب با ۶۶/۹ و کمترین نمره مربوط به پرستاران بخش اورژانس با میانگین ۵۹/۲ بود که در همه موارد اختلاف معنا داری بین گروه‌ها دیده نشد. اما در بحث ارتباط میانگین نمره اتانازی با سابقه‌ی کار در بخش فعلی پرستاران بیشترین نمره در گروه ۶ تا ۱۲ ماه و کمترین نمره در گروه بیش از ده سال سابقه‌ی کاری در بخش بود، که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p=0/02$). در کل ارتباط معناداری بین نگرش پرستاران به اتانازی و مشخصات دموگرافیک جنسیت، تاهل، مذهب، دانشگاه محل تحصیل، بومیت در استان، سطح اقتصادی، بیمارستان و بخش شاغل در آن وجود ندارد، اما بین سابقه کار و نگرش آن‌ها به اتانازی ارتباط معنا داری وجود دارد. به طوری که در پرسنل پرستاری با سابقه بین ۶-۱۲ ماه بیشترین گرایش و در سابقه بالای ده سال گرایش کمتری وجود دارد. اینکبریچت^۹ و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای این میزان را بالاتر (۹۲٪) گزارش کردند که نشانه گرایش مثبت پرستاران به اتانازی در بیماران لاعلاج و دارای درد شدید غیر قابل کنترل می‌باشد. مقدس و همکاران (۱۳۹۱) طی مطالعه‌ای این نتایج را

حدود ۶۶٪ اعلام کردند که نشانگر نگرش منفی پرستاران بوده است. که با مطالعه حاضر یکی از آن ها مطابقت دارد اما مطالعه دوم که در ایران انجام شده است هم خوانی ندارد.

در بخش تجزیه و تحلیل اطلاعات سلامت معنوی میانگین نمره کل سلامت معنوی در بین پرستاران ۷۵/۱ با انحراف معیار ۸/۹ (دامنه: ۴۸-۱۳۹) بود. بدین صورت که میانگین بعد وجودی سلامت معنوی ۴/۱ با انحراف معیار ۴/۷ (دامنه: ۲۵-۸۶) و میانگین بعد مذهبی سلامت معنوی ۳۴/۸ با انحراف معیار ۶/۳ (دامنه: ۲۳-۹۶) بود. عصاررودی و همکاران (۱۳۹۰) و معینی و همکاران (۲۰۱۵) سطح سلامت معنوی پرستاران را بالاتر از سطح متوسط گزارش کرده اند.

نتایج نشان داد که میانگین کل سلامت معنوی در بین پرستاران مرد ۷۵/۷ و در بین پرستاران زن ۷۵/۸ می باشد. اسارودی و همکاران (۳۹) و مقدم و همکاران (۴۰) نیز به نتیجه مشابهی دست پیدا کرده اند که پان تایجی و هوشحاضر هم خوانی دارد. نتایج در پرستاران مجرد ۷۵/۵ و در پرستاران متأهل ۷۵/۱ بود که با مطالعه بیگدلی و همکاران (۴۱) مطابقت دارد، اما با مطالعه عصارودی (۱۳۸۵) و همکاران هم خوانی ندارد (۴۲)، میانگین نمرات در پرستاران با وضعیت اقتصادی ضعیف ۷۷/۱ و در پرستاران با وضعیت اقتصادی متوسط ۷۴/۵، در پرستاران بومی استان ۷۵/۳ و در پرستاران غیر بومی استان ۷۳/۱، در پرستاران شیعه ۷۴/۹ و در پرستاران سنی ۷۷، در پرستاران فارغ التحصیل دانشگاه آزاد ۷۴/۴ و در پرستاران فارغ التحصیل دانشگاه سراسری ۷۵/۴، در پرستاران شاغل در بیمارستان بوعلی سینا ۷۵ و در پرستاران شاغل در بیمارستان ولایت ۷۵، در پرستارانی که سابقه کار بیش از ۱۰ سال داشتند ۷۹/۷ و در پرستارانی که سابقه کار کمتر از ۱ سال داشتند ۷۴/۳ می باشد، هم چنین پرستاران بخش انکولوژی بیشترین نمره سلامت معنوی را داشتند (میانگین: ۸۱/۳) و پرستاران بخش آی سی یو کمترین نمره سلامت معنوی را داشتند (میانگین: ۷۳/۱). بین نتایج حاصل از بررسی سلامت معنوی و متغیرهای دموگرافیک جنسیت، تاهل، مذهب، دانشگاه محل تحصیل، بومیت در استان، سطح اقتصادی، بیمارستان و بخش شاغل در آن و سابقه خدمت ارتباط معناداری وجود ندارد. در مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۵) تنها سن از متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی ارتباط معنادار دارد و بقیه موارد ارتباطی وجود ندارد (۳۸). نتایج این مطالعه نشان دهنده سطح بالای سلامت معنوی در پرستاران می باشد. که این سطح در پرستاران بخش انکولوژی از همه بالاتر و بخش *ICU* از همه پایین تر بوده است..

در این مطالعه برای بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش به اتانازی در پرستاران از آزمون پیرسون استفاده شد که براساس این آزمون، ارتباط آماری معناداری بین سلامت معنوی و نگرش به اتانازی دیده نشد.

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه ما نشان داد که میانگین نمره اتانازی و سلامت معنوی در پرستاران بیمارستان های آموزشی قزوین در سطح قابل قبول می باشد، ولی بر اساس تحلیل آماری ارتباط معناداری بین این دو متغیر وجود ندارد. این موضوع نشان می دهد که باید توجه بیشتری به تقویت ارتباطات بعد معنویت و سلامت معنوی با نگرش به اتانازی داشت.

پیشنهادهات:

پیشنهاد می شود که کارگاه ها و سمینارهایی مرتبط با سلامت معنوی و پدیده ی اتانازی برگزار و سپس مطالعه ای مشابه برای بررسی تاثیر این روش های آموزشی صورت پذیرد.

۱. Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohammadpoor Y, Kiani P, Lak K, Bahrechi A. A Survey on Quality of Life in Hemodialysis Patient careGivers. Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences. 2009;7(3):0-.
۲. Parsapour A, Hemmati Moghaddam A, Parsapour M, Larijani B. Euthanasia: ethical explanation and analysis. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2008;1(4):1-12.
۳. Abbaszadeh A, Borhani F, SHarif F, Toghray FA. The Relationship Between Nurses Moral Distress and End of Life Decision Making in Icu. Medical Ethics. 2013;6(22):117-33.
۴. Moghadasian s, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Paknejad F, Heidarzadeh H. Do not resuscitate order: attitude of nursing students of Tabriz and Kurdistan Universities of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013;6(5):45-56.
۵. Bakalis NA, Filippia N, Maria N, Kiekkas P. The attitude of Greek student nurses toward euthanasia. Journal of Nursing Education and Practice. 2013;4(1):p237.
۶. Osarrodi A, Golafshani A, Akaberi S. Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. 2. 2012;3(4):79-88.
۷. Abbaszade A, Borhani F, Abbasi M. Spiritual Health, A moral For Use in Nursing. 2015.
۸. Abbasi M, Farahani-Nia M, Mehrdad N, Givari A, Haghani H. Investigation of the attitude to spirituality and spiritual care in nursing students in Shahrud University of Medical Science. 2013;1(1).
۹. Royani Z. Attitudes of ICU and Oncology Nurses towards Euthanasia. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal. 2014;4(1):74-8.
۱۰. Holt J. Nurses' attitudes to euthanasia: the influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice. Nursing Philosophy. 2008;9(4):257-72.
۱۱. Faribors B, Fatemeh A, Hamidreza H. The relationship between nurses' spiritual intelligence and happiness in Iran. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;5:1556-61.
۱۲. Kaur B. Legal Aspects of the Care of Older People in Hong Kong and Nurse's Role in it. GSTF International Journal of Nursing and Health Care. 2014;1(2):148.
۱۳. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Attitudes of nurses towards euthanasia and towards their role in euthanasia: A nationwide study in Flanders, Belgium. International journal of nursing studies. 2009;46(9):1209-18.
۱۴. Hashemi Z, Mortazavi M. Euthanasia from Islam and modern medical ethics perspectives. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2008;1(3):35-44.
۱۵. Ghaljaei F, Azarbarzin M. Brain death and transplant organs from the perspective of jurisprudence, ethics and law and its impact on medical education. Iranian Journal of Medical Education. 2012;11(9):1366-75.
۱۶. Ardeshtir Larijani M B, Zahedi F, Tavakoli Bazaz, Parsapour A.R . A Religious Outlook on End of Life Ethical Issues. Journal of Diabetes and Metabolic Disorders (supplement, medical ethics). 2007;7(24):9-23.
۱۷. Aghababaei N. Assessing attitudes toward euthanasia. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011;5(1):59-70.

۱۸. Aghababi N, Hatami J, Rostami R. The role of individual characteristics and judgment pattern in attitude toward euthanasia. *Journal of Critical Care Nursing*. 2011;4(1):23-32.
۱۹. Naseh L, Sheykhi R, Rafiei R, Jafari H. Survey of final years nursing students' attitude regards euthanasia in 2013. *Education&Ethic In Nursing*. 2014;3(1):49-55.
۲۰. A Heidari , A Kaclooie , A Heidarpour , M Raiesi , Z Afrakhteh , Tehran HA. Medical Students' Attitude Towards Euthanasia in Qom in 2009(text in persian). *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2011;5(3):61-5.
۲۱. Shaikh MA KA. Beliefs about euthanasia among university students: perspectives from Pakistan. *EasternMediterraneanHealthJournal*. 2011;17(10):794-7.
۲۲. Jafari Harandi M, Fateme J. Judicial and Lawful Study of Euthanasia. *Judicial and Lawful Study of Euthanasia(text in persian)*. 2012;8(27):35-54.
۲۳. Moghadas T, Momeni M, Baghaee M, Ahmadi S. Euthanasia and care for dying patients: attitudes of ICU nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(4):75-83.
۲۴. rastegar inajaf abadi h, sedaghat m, saedi teharani s, aramesh k. Euthanasia: nurses perspective in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010;3(5):37-44.
۲۵. Denier Y, De Casterlé BD ,De Bal N, Gastmans C. Involvement of Nurses in the Euthanasia Care Process in Flanders (Belgium): An exploration of two perspectives. *Journal of palliative care*. 2009;25(4):264.
۲۶. Bevacqua F. Factors Influencing Attitudes toward Euthanasia: Arizona State University; 2011.
۲۷. Vafae R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2014;24(84).
۲۸. Nasehi A, Rafiei H, Jafari M, Borhani F, Sabzevari S, Baneshi M, et al. Survey of nurse's students competencies for delivering spiritual care to their patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2013;2(2):1-9.
۲۹. Dehkordi LM, Shahgholian N. Relation between spiritual health & coping style in patients undergoing hemodialysis treatment. *J Res Behave Sci*. 2014;12(4):481-9.
۳۰. Rahimi A. Concept of Spirituality: A Conventional Content Analysis. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013;2(1):11-20.
۳۱. Mehrabi T, Alijanpoor Aghamaleki M, Hosseiny RS, Airaki Dana A, Safae Z. A Study on The Relationship Between Spiritual Well-Being and Quality of Life in Infertile Women Referred To Infertility Centers In Isfahan. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2۰۱۴-۵۶۲:(۷)۱۲;۰۱۴
۳۲. Ebrahimi H, Ashrafi Z, Eslampanah G, Noruzpur F. Relationship between spiritual well-being and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2014;1(3):41-8.
۳۳. Chagani SMI. Telling the Truth-A Tussle between Four Principles of Ethics. *Journal of Clinical Research & Bioethics*. 2014;5(2):1.
۳۴. Fernando M, Chowdhury RM. The relationship between spiritual well-being and ethical orientations in decision making: An empirical study with business executives in Australia. *Journal of business ethics*. 2010;95(2):211-25.
۳۵. Ramezankhani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi M, Golmirzai J, Behzad A. Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2014;18(3):229-37.

- ۳۶ Silva MSd, Kimura M, Stelmach R, Santos VLCdG. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009;43(SPE2):1187-92.
- ۳۷ Berghs M, De Casterle BD, Gastmans C. The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: a review of the literature. *Journal of medical ethics*. 2005;31(8):441-6.
- ۳۸ Moeini M, Momeni T, Musarezaie A, Sharifi S. Nurses' spiritual well-being and their perspectives on barriers to providing spiritual care. *Iran J Crit Care Nurs*. 2015;8(3):159-66.
- ۳۹ Asarrodi A, Golafshany A, Akabery A. Relationship of spiritual health and life quality of nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical Science*. 2011;3(4):81-8.
- ۴۰ Yazdi MH, Estaji Z, Heydari A. Study of the quality of life of nurses in Sabzevar hospitals in 2005-2006. 2009.
- ۴۱ Bigdeli E, Karimzadeh S. The effect of factors causing stress on mental health nurses in Semnan. *Semnan Univ Med Sci J*. 2006;8(2):6-9.
- ۴۲ Asar Roudi A, Jalilvand M.R, Oudi D, Akaberi A. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Life Satisfaction in The Nursing Staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011). *Modern Care Journal*. 2012; 9, 2 (34): 156 - 156.

پیوست ها:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک:

به نام خدا

همکار گرامی

با سلام

از شما دعوت می شود تا در مطالعه حاضر که با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان های بوعلی سینا و ولایت قزوین در سال ۱۳۹۴ طراحی گردیده، شرکت فرمائید. شایان ذکر است کلیه اطلاعات اخذ شده محرمانه خواهد بود، بنابراین نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و هر گونه اطلاعات هویتی دیگر شما نیست.

۱. سن ؟ سال

۲. جنس ؟

☐ زن ☐ مرد

۳. وضعیت تاهل؟

☐ مجرد ☐ متاهل ☐ مطلقه ☐ بیوه

۴. وضعیت اقتصادی ؟

☐ بد ☐ متوسط ☐ خوب

۵. بومی استان؟

☐ بله ☐ خیر

۶. مذهب ؟

☐ شیعه ☐ سنی

۷. ارتباط شما با دین ؟

☐ بد ☐ متوسط ☐ خوب

۸. بخش محل خدمت (برای پرستاران) ؟

☐ ICU ☐ CCU ☐ دیالیز ☐ انکولوژی ☐ نورولوژی ☐ داخلی ☐ جراحی
.....

۹. مدت خدمت در آن بخش؟

کمتر از یک سال ☐ ۱-۵ سال ☐ ۶-۱۰ سال ☐ بیش تر از ۱۰ سال ☐

۱۰. کل سابقه خدمت؟

۶ ماه تا ۱ سال ☐ ۱-۵ سال ☐ ۶-۱۰ سال ☐ بیش تر از ۱۰ سال ☐

۱۱. وضعیت استخدام (برای پرستاران) ؟

☐ طرحی ☐ قراردادی ☐ پیمانی ☐ رسمی

۱۲. شیفت کاری (برای پرستاران)؟

□ شیفت در گردش □ صبح کار

۱۳. دانشگاه محل اخذ مدرک؟

□ دانشگاه آزاد □ دانشگاه سراسری

۱۴. بیمارستان محل فعالیت □ بوعلی سینا □ ولایت

بخش دوم: مقیاس پذیرش و نگرش به اتانازی

ب ۱: پذیرش اتانازی

شرکت کننده عزیز؛ لطفا پس از مطالعه تعریف اتانازی میزان مخالفت یا موافقتتان با اتانازی را در یک مقیاس ۷ درجه ای از کاملاً غیر قابل قبول (با امتیاز ۱) تا کاملاً قابل قبول (با امتیاز ۷) نشان دهید. لطفاً دور عدد مربوطه دایره بکشید.

اتانازی چیست؟ اتانازی یا «مرگ از روی ترحم» اصطلاحی پزشکی است که به خاتمه دادن عمدی و آسان، به زندگی یک فرد با بیماری غیر قابل درمان، با رنج زیاد و بدون امید به بهبودی اشاره دارد» و به دو نوع عمده تقسیم می شود:

۱- اتانازی فعال: در اتانازی فعال، بیمار از پزشک می خواهد به زندگی او خاتمه دهد که این کار با انجام یک «فعل» مثل تزریق داروی کشنده، انجام می شود.

۲- اتانازی غیرفعال: در اتانازی غیرفعال، بیمار درمان خود را رد میکند تا در مرگش تسریع شود؛ بی آنکه فعالیت خاصی انجام شود. برای مثال بیمار با توقف مراحل درمان، قطع دارو یا حذف تجهیزات و ... خود را در شرایطی قرار میدهد که نجات از آن محال به نظر میرسد.

بنابراین به نظر شما؟ اتانازی عملی است.

کاملاً قابل قبول ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱ کاملاً غیر قابل قبول

ب ۲: پرسشنامه نگرش به اتانازی

خواهشمندیم برای هر یک از عبارات زیر، بهترین پاسخی را که بیانگر نگرش واقعی شما نسبت به اتانازی باشد را انتخاب کنید. جواب خود را با قرار دادن علامت ضربدر در ستون مناسب انتخاب کنید. در قسمت پاسخ ها صحیح و غلط وجود ندارد.

گویه ها	کاملاً موافق ۵	موافق ۴	خنثی ۳	مخالف ۲	کاملاً مخالف ۱
۱ فردی با یک بیماری پایانی (لاعلاج)؛ حق تصمیم گیری برای مردن را دارد.					
۲ موجب مرگ شدن به دلیل ترحم؛ اشتباه است.					
۳ اتانازی باید در جامعه امروزی پذیرفته شود.					
۴ در هیچ موردی اتانازی مناسب نیست.					
۵ اتانازی در زمان و مکان درست (در شرایط مناسب)؛ مفید است.					
۶ اتانازی عملی انسانی است.					
۷ اتانازی باید بر خلاف قانون باشد.					
۸ اتانازی باید وقتی که فردی بیماری پایانی (لاعلاج) دارد؛ استفاده شود.					
۹ گرفتن زندگی انسان، در هر شرایطی نادرست است.					
۱۰ اتانازی در مواردی پذیرفتنی است که همه ی امید های بهبودی از بین رفته است.					
۱ اتانازی به فرد فرصت می دهد تا باوقار بمیرد.					
۱ اتانازی قابل قبول است اگر؛ فرد، پیر باشد.					
۲ اگر یک بیمار پایانی (لاعلاج) یا فردی مصدوم؛ به طور فزاینده نگران فشار زوال سلامتیش بر خانواده اش باشد؛ من از درخواست او برای اتانازی حمایت می کنم.					
۱ اتانازی به استفاده های سوء می انجامد.					
۴ در موارد بسیار اندک و غیرقابل توجهی؛ اتانازی قابل قبول است.					
۵ اتانازی باید تنها برای از بین بردن درد جسمی استفاده شود و نه رنج روانی.					
۱ وظیفه انسان، حفظ و نگهداری زندگی است نه پایان دادن به آن.					
۷ یکی از اصول مهم اخلاق پزشکان، طولانی کردن زندگی هاست نه پایان دادن به زندگی ها.					
۱ یک فرد نباید با دستگاه، زنده نگه داشته شود.					
۹ مرگ طبیعی، درمانی برای رنج است.					

ج: پرسشنامه سلامت معنوی پولتزرین و الیسون :

همکار گرامی:

پرسشنامه زیر جهت بررسی سطح سلامت معنوی آورده شده است، شایان ذکر است کلیه اطلاعات اخذ شده محرمانه خواهد بود. پرسشنامه فاقد نام و نام خانوادگی می باشد.

عبارت	کاملاً موافقم (۶)	نسبتاً موافقم (۵)	موافقم (۴)	مخالفم (۳)	نسبتاً مخالفم (۲)	کاملاً مخالفم (۱)
۱. دعا و عبادت با خدا برایم خیلی رضایت بخش نیست.						
۲. امیدانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا می‌روم.						
۳. معتقدم که خدا مرا دوست دارد و در همه حال مراقب من است.						
۴. احساس می‌کنم که زندگی یک تجربه مثبت و خوشایند است.						
۵. من معتقدم که خدا در زندگی من نقشی ندارد.						
۶. احساس می‌کنم که آینده نامعلومی دارم.						
۷. من با خدا ارتباط معنوی خاصی دارم.						
۸. در زندگی به حد کمال رسیده و کاملاً احساس خوبی می‌کنم.						
۹. احساس می‌کنم که از جانب خدا حمایت نشده و نیرو نمی‌گیرم.						
۱۰. من احساس خوبی در مورد زندگی هدفمند خود دارم.						
۱۱. معتقدم که خدا به مشکلات من توجه می‌کند.						
۱۲. من از زندگیم لذت کافی نمی‌برم.						
۱۳. از ارتباط با خدا احساس رضایت نمی‌کنم.						
۱۴. در مورد آینده‌ام احساس خوبی دارم.						
۱۵. رابطه من با خدا به من کمک می‌کند که احساس تنهایی نکنم.						
۱۶. من حس می‌کنم که زندگی پر از رنج و ناراحتی است.						
۱۷. زمانی که ارتباط نزدیکی با خدا دارم، احساس کمال می‌کنم.						
۱۸. زندگی معنا و مفهوم زیادی ندارد.						
۱۹. ارتباط با خدا موجب احساس سلامتی من می‌شود.						
۲۰. معتقدم که اهداف زیادی در زندگی من وجود دارند.						



برگه اطلاع رسانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی استان قزوین

عنوان پژوهش:

ارتباط سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۵

یکی از بزرگترین گروه‌های حرفه بهداشت و درمان که نقش مهمی در مراقبت از بیماران پایان عمر ایفا می‌کنند، پرستاران می‌باشند که با هدف فراهم کردن بهترین مراقبت برای بیماران، به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات سلامت در کشورها می‌توانند به حفظ سلامت بیماران کمک کنند. آنها علاوه بر چالش‌های اخلاقی مکرر در کار، با عوامل استرس‌زای حرفه‌ای متعدد که می‌تواند سلامت روانی و جسمانی آنها را به خطر بیندازد، روبرو هستند. در این میان آتانازی یا پایان دادن آسان به زندگی یک بیمار پایانی، از بحث انگیزترین موضوع‌های اخلاقی پزشکی و مهمترین اصطلاحی است که در این زمینه مورد بحث قرار گرفته است.

آتانازی یا مرگ خوب، قطع بی درد و رنج زندگی، مرگ آسان، خاتمه دادن عمدی و آسان به زندگی یک فرد با بیماری غیر قابل درمان، با رنج زیاد و بدون امید به بهبودی است. به بیانی دیگر عملی است که به فرد کمک می‌کند تا مرگی آرام و فاقد رنج را تجربه کند. در این میان پرستاران اغلب به عنوان نخستین مراقبت‌کنندگان دریافت‌کننده درخواست آتانازی، به طور واضح درگیر پروسه آتانازی هستند و اعمالی چون آتانازی استرس‌های اخلاقی زیادی را به پرستاران وارد می‌کند.

از این رو نگرش پرستاران به آتانازی بدلیل تجربه درگیری نزدیک در مراقبت از بیماران در حال مرگ و نهایتاً بدلیل نفوذ بر عملکرد و سیاست بهداشت و درمان از اهمیت ویژه جداگانه‌ای برخوردار است. در این میان رابطه دین با آتانازی مستقل‌تر و قوی‌تر از هر عامل شخصیتی می‌باشد و شواهد زیادی از ارتباط دینداری با سطح حمایت از آتانازی وجود دارد، چراکه اعتقادات مذهبی می‌تواند نگرش به آتانازی را تحت تاثیر قرار داده است.

حال با توجه به اینکه در اسلام حیات تقدس ویژه‌ای دارد و یک فرصت ویژه برای ایجاد آینده‌ی بهتر در حیات اخروی محسوب می‌شود، به نظر می‌رسد حرمت حیات در فقه و حقوق اسلامی از جایگاه والایی برخوردار است و هیچ مصلحتی برای توجیح اقدام برای پایان دادن به حیات بیمار وجود ندارد. از طرفی در زمینه آتانازی، نگرش به آتانازی و عوامل موثر بر این نگرش پژوهش‌های محدودی در ایران صورت گرفته است. این در حالی است که افراد مختلف در گروه درمانی ممکن است با این پدیده به طور مداوم روبرو شوند. از جمله اعضای گروه‌های درمانی پرستاران هستند که در تمام دوران کاری ممکن است با این چالش مهم برخورد کنند. از این رو آگاهی درباره نوع نگرش این گروه درمان نسبت به آتانازی و رابطه این نگرش با عوامل مهمی همچون سلامت معنوی به دلیل تاثیر مذهب و دینداری بر نوع نگرش به آتانازی حائز اهمیت می‌باشد. لذا مطالعه حاضر طراحی گردید تا رابطه میان سلامت معنوی و نگرش پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین نسبت به آتانازی را مورد سنجش قرار دهد و هم چنین پایه ای برای تحقیقات آتی به حساب آید.

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی است. نمونه‌گیری به روش در دسترس از پرستاران تمام بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی بوعلی سینا و ولایت دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. نمونه‌گیری هم در روزهای زوج و هم روزهای فرد و در شیفت‌های صبح و عصر و شب انجام خواهد گرفت. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل بخشچک لیست اطلاعات دموگرافیک پرستاران، مقیاس پذیرش و نگرش به آتانازی و بخش پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی پولتیزین و الیسون است. داده‌های جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS نسخه 22 و با استفاده از شاخص‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و از تعداد و درصد استفاده خواهد شد. براساس معیارهای ورود به مطالعه، پرستاران با توجه به علاقه و تمایل شخصی خود وارد مطالعه خواهند شد و اجباری در ورود به مطالعه نیست.

آدرس و شماره تماس پژوهشگر: مجتبی سنمار- دانشکده پرستاری و مامایی قزوین- ۰۹۱۲۰۵۹۲۰۷۳



برگه رضایت نامه
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی استان قزوین

عنوان پژوهش:

ارتباط سلامت معنوی با نگرش به آتانازی در دانشجویان پزشکی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۵
شماره ثبت مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران: مطالعه توصیفی تحلیلی است.

شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و در هر زمان که تمایل داشته باشید می توانید مطالعه را ترک کنید.

اطلاعات ارائه شده توسط شما مشارکت کنندگان در پژوهش کاملاً محرمانه است.

با توجه به نوع مطالعه عارضه قابل توجهی متصور نیست.

نتایج این پژوهش می تواند در جهت آگاهی از نوع نگرش دانشجویان پرستاری و پزشکی و همچنین ارائه راهکارهایی برای افزایش آگاهی این گروه درمان نسبت به آتانازی و با توجه به رابطه این نگرش با عوامل مهمی همچون سلامت معنوی به دلیل تاثیر مذهب و دینداری بر نوع نگرش به آتانازی دارد، کمک کننده باشد. با توجه به نوع مطالعه اقدام و یا مداخله خاصی بر روی مشارکت کنندگان در تحقیق صورت نمی گیرد.

اینجانب با آگاهی کامل و مطالعه برگه اطلاع رسانی تمایل خود را به عنوان یک فرد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش به مدت ماه به سرپرستی خانم/ آقای اعلام می دارم. و این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل دانشگاه، بیمارستان، پژوهشگر و کارمندان در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شوند نخواهد شد.

آدرس، تلفن تماس، امضاء و اثر انگشت بیمار مورد مطالعه

امضاء و شماره تماس پژوهشگر که در صورت هرگونه مشکل یا عارضه احتمالی می توانید با وی تماس بگیرید:

مجتبی سنمار-۰۹۱۲۰۵۹۲۰۷۳

CLINICAL REGISTERED NURSES ATTITUDE TOWARD EUTHANASIA: A CROSS SECTIONAL STUDY FROM IRAN

Abstract

Background and aims: Attitude towards euthanasia may influence the behavior of health care professionals about this issue. In present study we examined Iranian clinical registered nurses attitude toward euthanasia. Data were collected with using the Euthanasia Attitude Scale (EAS).

Material and methods: This descriptive study was conducted in two teaching hospitals, Boali Sian and Velayat in Qazvin, Iran in 2016. Using convenience sampling, all qualified registered nurses (n=302) working in different wards at the two teaching hospitals were invited to participate in the study. EAS examined participants in four domains: ethical consideration, practical consideration, treasuring life and naturalistic beliefs. All statistical analyses were performed using SPSS software (v17.0; PASW Statistics) and a variable was considered to be statistically significant if $P < 0.05$.

Results: Of the 302 nurses, 86.8% (n=262) were female and the rest were male. The mean age of nurses in present study was 31.1 ± 5.9 years. The mean total score of nurses attitude were 66.6 ± 11.2 . With regards to EAS domains, mean score of ethical consideration, practical consideration, treasuring life and naturalistic beliefs domains were 35.1 ± 7.5 , 8.7 ± 2.1 , 15.3 ± 2.5 and 6.3 ± 1.9 respectively.

Conclusion: Nurses have an important role in caring for terminally ill patients in different hospital wards. According to finding of present study most nurses have neutral attitude toward euthanasia. Further study in this regards recommended.

Keywords: ethical issue, nurses, euthanasia, developing country